

編：日本皮膚科学会 創傷・熱傷ガイドライン策定委員会
創傷・熱傷ガイドライン

書評者：宮地 良樹(京都大学大学院医学研究科皮膚科学)

皮膚創傷治癒は皮膚欠損の修復であるからまさしく皮膚科医の専門領域である。創傷治癒理論は細胞生物学的にも再生・炎症学的にも十分な検証が行われ、既に学問としては完成の域にある。しかし、臨床現場では、さしたる進歩も変革もなく、先輩から脈々と「消毒して軟膏塗布してガーゼをする」という古典的なドライドレッシング手法が受け継がれてきた。私も研修医のときからさしたる疑問を挟むことなく、しかし系統的教育を受けることもなく見よう見まねでまるで儀式のように肅々と「包交」と呼ばれる画一的なセレモニーを行ってきた。

私が「異変」に気づいたのは、ふとしたきっかけで褥瘡領域に足を踏み入れたときであった。当時、褥瘡では米国から専門看護師が創傷治癒の新しい息吹を導入し、「一切消毒はしない」「キズは乾かさない」という新理論を展開しているさなかであった。たまたま私がポビドンヨード製剤を開発上市した頃であったので、「消毒をするとはけしからん」と集中砲火のようなバッシングを受けた。そこで、自分たちが今まで習得してきた創傷治癒理論は間違いであったのか、皮膚科のスキンケアは褥瘡では異端なのか、と自問自答し、精力的に勉強した。その中で、既に1960年代からmoist wound healing理論が提唱され、その理論を背景に各種ドレッシン

グ材が開発されていることを学ぶとともに、創面の評価をもとに感染あるいは最近の用語で言えばcritical colonization(細菌の臨界的定着)があれば消毒をするべきであるという結論に達した。その後は褥瘡学会の設立やガイドライン策定、創傷評価ツール開発などを経て、褥瘡は「チーム医療の優等生」という評価をされるまでに発展した。しかしその過程で皮膚科医の支援は少なかった。

気づいてみれば皮膚科医はさほど魅力的でなかった皮膚創傷治癒領域で因習を墨守するあまり取り残され、主導権を奪われようとしている。外用薬一辺倒の皮膚科医は既にbehindになりつつある。しかし、皮膚の生理も病理も熟知した皮膚科医でなければ創傷管理のトータルマネジメントはできないはずである。褥瘡でも、Paget病など他の皮膚疾患との鑑別を行い、正確に創面評価をできるのは皮膚科医の力量であり、糖尿病患者に多い白癬や爪変形などを含むフットケアは皮膚科医のお家芸であろう。膠原病や皮膚血管炎に伴う皮膚潰瘍の診断と治療にも皮膚科医には一日の長がある。高齢化社会を迎えて激増している下腿潰瘍・下肢静脈瘤も皮膚灌流圧測定、ドブラ聴診による評価をせずに漫然と保存的治療をしても創傷治癒は起こらない。熱傷も一定の全身管理の下に行えば理論どおりの創傷治癒が起こるはずである。

皮膚創傷をめぐるすべての領域に皮膚科医が参入可能なのは、原因や背景は異なっても創傷治癒環境さえ整えばあとの創傷治療理論は共通だからである。

研修医の頃、「ドイツでは入院患者の半分以上が下腿潰瘍らしい」という話を聞いたことがあるが、現在の日本でも糖尿病性潰瘍も含めて、似た状況にある。ドイツの皮膚科医はこのような背景からphlebologyを皮膚科の専門性に取り入れてきた。日本の皮膚科医は、皮膚外科、膠原病、熱傷、褥瘡から次々に撤退し、湿疹と水虫に皮膚科学を矮小化してきた過去の痛恨の歴史がある。しかし、創傷治癒は皮膚科医の譲れない最後の砦となるべきである。そのためにはこの20年ほどの進歩を一気に取り込んで再理論武装する必要がある。全く難しい理論ではないので、ここで再履修すれば皮膚科医であればすぐに第一線に躍り出ることができる。本ガイドラインは、その最新知識を統合的に整理し習得するのに絶好の教書である。すべての皮膚科医が皮膚創傷治癒の専門家として復権できるようにぜひご一読を強くお勧めしたい。

● B5判 頁320 2012年
定価3,990円
(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-307-40050-3]
金原出版刊